Rok XXIX. Kraków, 3 Maja 1890. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Przyczynek do nauki o promienicy [1]).

Dziewięć przypadków promienicy ludzkiéj

podał

Dr. Roman Bărącz,

operator we Lwowie.

W Nrze 12-tym „Przeglądu Lekarskiego" z roku 1888 opisałem 2 przypadki promienicy okolicy szczękowéj z tego względu ciekawe, że zarażenie w przypadku drugim najprawdopodobniéj nastąpiło przez pocałunek.

Od tego czasu spostrzegałem siedm nowych przypadków téj choroby, nadto w 2-ch pierwéj obserwowanych nastąpił powrót choroby po dłuższym upływie czasu. Przypadki te zasługują już z tego powodu na ogłoszenie, że są to pierwsze we wschodniéj Galicyi spostrzegane i dokładniéj obserwowane. W pracy niniejszéj chcę omówić obraz kliniczny téj choroby na podstawie własnego doświadczenia i przytoczyć dokładne historyje chorób tych przypadków.

We wszystkich zwróciłem szczególną uwagę na stosunki etyjologiczne i na przypuszczalną drogę wejścia grzybka do ustroju i starałem się zbadać stan gruczołów chłonnych w sąsiedztwie sprawy chorobowéj; w 6-ciu tylko przypadkach chorzy zgodzili się na operacyję doszczętną.

Z liczby 9-ciu chorych przynależy 6-ciu do Lwowa, jeden chory pochodzi z Glinny-Nawaryi, jeden z Chorodowa, jedna chora z Buczacza; zajęcia chorzy ci mieli następujące: jeden doróżkarz, żona tegoż doróżkarza, 2 poganiacze wołów, jeden kominiarz, jedna żona urzędnika kolejowego, jedna izraelitka (Buczacz) stanu wolnego, jedna pomocnica w kramie, jedna praczka.

Bezpośrednią styczność z bydłem miało trzech chorych: doróżkarz i 2 poganiacze bydła; chorzy ci tem samem mieli często do czynienia ze sianem i zbożem; bydło, około którego chorzy chodzili, miało być zdrowem; doróżkarz ma zdrowego konia. Kominiarz miał lata zeszłego żuć zboże (jęczmień) w polu, żona urzędnika kolejowego mieszka w sąsiedztwie stajni tramwajowych i stogów siana; izraelitka z Buczacza wchodziła celem picia mleka codziennie do stajni krowiéj, pomocnica handlowa i praczka nie miała najmniejszéj styczności z bydłem, ani też z sianem i zbożem.

Co do sposobu powstania choroby wywiedziałem się co następuje. W 5 przypadkach choroba rozwinąć się miała dość szybko w przeciągu kilku (3—8) tygodni; w 3 ch przypadkach rozwinęła się powoli: w jednym przypadku trwała od 3-ch miesięcy, w jednym od 6-ciu, w jednym 7 miesięcy. Jedynie przypadki III. i VIII. możnaby policzyć do ostrych postaci choroby opisanych przez Hellera, Kappera i Matlakowskiego; reszta miała przebieg więcéj chroniczny.

Co się tyczy siedziby choroby, to w 6-ciu przypadkach rozwinęła się takowa w okolicy szczęki dolnéj, w jednym zaś w okolicy szczęki górnéj, w jednym na końcu języka, w jednym na szyi w okolicy krtaniowéj.

Obraz kliniczny choroby był, ogólnie biorąc, następujący: w 4 ch przypadkach choroba rozpoczęła się od silnego bólu zębów, w 3-ch przypadkach nieboleśnie; wkrótce potem albo też równocześnie powstawał obrzęk twardy, mało bolesny, na policzku w zakresie szczęki wśród znacznego utrudnienia otwierania ust; w środku obrzęków najczęściéj przychodziło do rozmięknienia. Obrzmiewanie policzka od czasu do czasu na kilka dni wśród zwiększenia szczękościsku mechanicznego i klęśnięcie na pewien przeciąg czasu wśród równoczesnego ułatwienia otwierania ust podawali wszyscy niemal chorzy tak, że objaw ten muszę uważać jako stały w promienicy szczękowéj. Obrzęki były zazwyczaj rozlane, bez ostrych granic, bardzo twarde (deskowate), nad szczęką zawsze nieprzesuwalne; w środku tych obrzęków znajdowałem zazwyczaj miejsce chełboczące. Skóra obrzęków była zazwyczaj lekko zaczerwieniona albo też blada, skóra miejsc rozmiękłych chełboczących zaś fioletowo lub różowo zabarwioną. Miejsca chełboczące przedstawiały się dla oka w postaci ropni falistych, poprzegradzanych głębszemi lub płytszemi rowkami. W 3-ch przypadkach w chwili badania nacieku twardego wcale nie było: ogniska promienicze przed-

[1]) Częściowo według wykładu wygłoszonego na I. zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w październiku 1889 r.

stawiały się dla oka jako zwykłe ropnie; promienica języka objawiała się twardym guzkiem na końcu tegoż.

Przypadek promienicy szyi odszczególniał się od innych nadzwyczajną twardością guza, który przedstawiał liczne nierówności, a zbitością przypominał nowotwór chrzęstny (*Enchondroma*); guz ten był zrośnięty za pomocą twardéj tkanki łącznéj z chrząstką tarczykową i kością gnykową, które jednak okazały się zdrowemi.

Treść ognisk rozmiękłych stanowiła w przeważnéj liczbie przypadków brudno-żółta lub brunatno czerwona, niecuchnąca ropa z przymieszką jużto skąpéj, jużto znaczniejszéj ilości cytrynowo-żółtych rzadziéj szarawo-zabarwionych grudek krągłych od wielkości ziarna maku do wielkości prosa, które poddane badaniu drobnowidowemu zawsze okazywały się jako *actinomyces*. W przypadku recydywy choroby po upływie $2^1/_2$ lat treść ropnia stanowiła mocno cuchnąca ropa z przymieszką grudek. Cztery razy treść miejsca chełboczącego stanowiła treść przeźroczystą, do śluzu podobną, z domieszką znacznéj ilości cytrynowo-zabarwionych grudek. U chorej, u któréj po upływie 2-ch lat nastąpił powrót choroby, tak przy nacięciu pierwotnego ogniska, jak i drugiego treść ognisk stanowiła ciecz śluzową z domieszką charakterystycznych grudek; ropy wcale u niéj nie widziano.

W 8-iu zatem przypadkach nastąpiło równoczesne zakażenie kokami ropnemi, tak zw. zakażenie mięszane; w jednym tylko przypadku rozchodziło się o czystą postać promienicy. We wszystkich przypadkach z wyjątkiem jednego rozpoznawano z góry przed nacięciem ognisk rozmiękłych; badaniem drobnowidowem można było w każdym z nich stwierdzić charakterystyczne grzybki odosobnione, kolonije promienicowe i pałeczki odosobnione. Do badań drobnowidowych nie użyto żadnych barwików. W przypadku 4-tym, w którym zrazu rozpoznano: *parotitis epidemica*, przy nacięciu ropnia nie podejrzywano promienicy; dopiero przy drugim opatrunku zamiast ropy wypróżniła się ciecz śluzowa wraz z charakterystycznemi grudkami; badaniem drobnowidowem natychmiast stwierdzono promienicę.

Bardzo ciekawe spostrzeżenie zrobiono w przypadku pierwszym; badając drobnowidowo treść ropnia powstałego po upływie $2^1/_2$ lat w miejscu pierwotnego ogniska promienicowego i mającego cechy ropnia promienicowego, znaleziono przy badaniu drobnowidowem prócz ciałek ropnych ogniska składające się z samych nitek, często pokręconych wężykowato, układających się w gęste drzewka rozdzielające się wielokrotnie, pałeczek nie można było w ropie nigdzie odszukać. Za promienicową przyrodą przemawiał obraz kliniczny choroby, daléj okoliczność, że chory nie pozwolił na wykonanie operacyi doszczętnéj, a wreszcie obraz drobnowidowy. Trudno przypuścić, aby nitki znalezione w grudkach ropnia szczękowego były nitkami *leptothrix buccalis*, skoro w pierwotnem ognisku znaleziono zupełnie podobne nitki, a prócz tego pałeczki; nadto nitki *leptothrix* są o wiele cieńsze i nie rozgałęziają się. Podobne ciekawe spostrzeżenie zrobili w jednym przypadku W. v. Noorden[1]) i Nauwerk, którzy znalazłszy tylko dwa razy poprzednio pałeczki, przy następnych poszukiwaniach dopiero za pomocą barwienia metodą Grama mogli odszukać tylko rozgałęziające się nitki ułożone w kępy, pałeczek zaś więcéj odszukać nie mogli. Prof. Nauwerk oświadczył, że są to bez wątpienia nitki należące do grzybka promienicowego w wcześniejszym okresie rozwoju, gdzie nie przyszło jeszcze do zwyrodnienia, cechującego się charakterystycznemi pałeczkami. Prawdopodobnie ropa pierwéj wypróżniona odpowiadała dawniejszemu ognisku, gdzie przyszło już do degeneracyi t. j. wytworzenia pałeczek.

Podobnież Rotter[1]) poruszył na 15-tym zjeździe chirurgów w Berlinie okoliczności, że grudki promienicze nie zawsze składają się z kolonij i pałek, że ostatnie mogą się znajdować tylko w bardzo skąpéj ilości lub może ich zupełnie brakować, jak to miało miejsce w jednym przypadku promienicy płucnéj, w którym przy zupełnym braku pałek w grudkach obecność samych kęp złożonych z nitek i obraz kliniczny przemawiały za promienicą.

Karol Roser[2]) opisuje również przypadek przebiegający w postaci ropnego zapalenia tkanki podskórnéj szyi, w którym tylko podobne niteczki mógł odnaleźć przy badaniu drobnowidowem; pałeczek wcale nie mógł odszukać.

Nad wynikiem badania drobnowidowego przy powrocie choroby w tym przypadku (I) zastanowiłem się szczegółowo tem bardziéj, że kwestyja klasyfikacyi botanicznéj grzybka promienicowego nie jest jeszcze załatwioną. Niektórzy jak J. Israel uważają za rzecz możliwą, że grzybek ten należałoby zaliczyć do rzędu *Leptothrix-Streptothrix* na podstawie wielkiego podobieństwa nitek promienicowych do nitek *Leptothrix*, które to ostatnie także czasem przedstawiają pałeczkowate zgrubienia. Inni, jak Boström[3]), Afanassiew[4]) i Egbert Braatz[5]) przyszli na podstawie wielokrotnych badań do przekonania, że *Actinomyces* nie jest grzybkiem, tylko rozgałęziającą się bakteryją nitkową (*Fadenbacterie*), należącą do najwyższéj grupy bakteryj: *Cladothrix*. Może spostrzeżenie w moim przypadku zrobione rzuci choć słabe światło na tę ciemną kwestyję.

W promienicy okolicy szczękowéj zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie stan zębów. We wszystkich przypadkach baczną zwróciłem na tę okoliczność uwagę i starałem się przekonać, o ile prawdopodobną jest rzeczą, że tą drogą grzybek promienicy wniknął do ustroju. W przypadku pierwszym przez kilka tygodni doznawał chory silnych bólów zębów i wkrótce po wyjęciu zęba najbardziéj bolesnego wystąpił szczękościsk i ropień na szczęce w miejscu chorych zębów. Ponieważ wszystkie zęby w dotyczącéj części szczęki były spruchniałe, można tu uważać zęby jako drogę wejścia grzybka do ustroju. W przypadku 2-gim w 3 tygodnie przed pojawieniem się obrzęku na szczęce wystąpił ropień na dziąsłach; po pęknięciu tego ropnia pozostał szczękościsk, a wkrótce potem ognisko na szczęce w miejscu ropnia na dziąsłach. Jakkolwiek chora nie doznawała bólu zębów, to jednak stan zębów w miejscu odpowiadającem ognisku promienicowemu i ścisły związek tego ogniska ze szczęką w tem miejscu przemawiają za tem, że i tu prawdopodobnie drogą zębów wniknął grzybek do ustroju choréj. (C. d. n.)

[1]) Bruns: *Beiträge zur klinischen Chirurgie* V Band I. Heft 1889, str. 215 i 216.

[1]) *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie XV. Congress; Beilage zum Centralbl.* Nr. 24, ex 1886, str. 9. — [2]) *Deutsche med. Woch.* 1886, Nr. 22 i ref. w *Centralbl. f. Chirurg.* 1887, Nr. 3, str. 53. — [3]) *Ueber Aktinomykose. Verhandl. des IV. Congresses für innere Med.* 1885, pag. g. 4. — [4]) *St. Petersb. med. Wochenschr. XIII. Jahrg.*, 1888, Nr. 10, str. 84. — [5]) *St. Petersburg. med. Wochenschr. XIII. Jahrg.* 1888 Nr. 14, str. 84.

II. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Wspomnieć mi jeszcze wypada o laryngofisurze bez poprzedzającéj ją tracheotomii.

Sam nie wykonywałem takowéj nigdy, ani też nie widziałem jéj w ten sposób wykonywanéj. Łatwo pojąć, że chory, który się kwalifikuje do laryngofisury, po największéj części podlega duszności, która przedewszystkiem tracheotomii wymaga. W naszych przypadkach tracheotomija przeważnie z konieczności poprzednio wykonaną została. Kilka razy musiała być zrobiona pospiesznie z powodu *periculum in mora*. Wykonania w razie duszności od razu laryngofisury zamiast tracheotomii nikt jeszcze dotąd nie próbował, jakkolwiek w niektórych razach byłoby to możliwe. Możnaby mianowicie rozciąć wiąz stożkowy, a następnie chrząstkę tarczykową, a rozwarłszy takową, spuścić głowę chorego ku dołowi i dokonać wśród krtani potrzebnych dalszych zabiegów, poczemby bez założenia kaniuli ranę zaszyć można Pamiętać jednak należy, że postępując w ten sposób oszczędzalibyśmy sobie jedynie tylko rozcięcie łuku chrząstki obrączkowéj, natomiast zaś mielibyśmy następujące niedogodności: 1) Z rozciętéj, zwyrodniałéj błony śluzowéj krtani powstać może krwotok czasem dość znaczny, który wobec duszności chorego łatwo do aspiracyi krwi powód dać może, zanim choremu głowę na dół opuścimy, a wykonanie takiéj laryngofisury od razu przy zwieszonéj głowie właśnie z powodu duszności na znaczną przeszkodę by napotykało. 2) Po dokonaniu w ten sposób laryngofisury absolutnie nie możemy założyć tamponu, co w wielu razach jest potrzebnem. 3) W razie wystąpienia ponownego zwężenia, jakie przy reakcyjnem obrzmieniu części operowanych wystąpić może, łatwo do zrobienia tracheotomii zmuszeni być możemy. Tak więc unikanie tracheotomii przed laryngofisurą w przypadkach, gdzie jest zwężenie krtani, nie miałoby racyi. Odpowiedniejszem już jest wykonanie laryngofisury bez poprzedniéj tracheotomii w tych przypadkach, gdzie chory nie podlega duszności, gdzie zatem od razu przy zwieszonéj głowie bez obawy operować można, gdzie przytem zmiany w krtani są tego rodzaju, że ani przy ich usuwaniu znacznego krwotoku, ani po ich usunięciu wystąpienia znacznego obrzmienia obawiać się nie potrzeba, a tem samem i tamponowanie po operacyi jest zbyteczne. Takie przypadki jednakże stoją zazwyczaj na saméj granicy wskazań dla laryngofisury, która w nich po największéj części przez endolaryngealne zabiegi zastąpioną być może. Do tego rodzaju przypadków należy nasz przypadek 3, w którym laryngofisurę z powodu papilomatów szybko po endolaryngealnych zabiegach wracających wykonałem. Tu byłoby możebnem wykonać od razu laryngofisurę przy zwieszonéj głowie, a usunąwszy z krtani papilomata zaszyć ranę bez zakładania kaniuli i tamponu. Wolałem jednak i w tym przypadku zostawić sobie furtkę bezpieczeństwa, jaką stanowi kaniula, choćby kosztem rozcięcia łuku chrząstki obrączkowéj.

Na pytanie, czy lepiéj jest laryngofisurę wykonywać bezpośrednio po dokonaniu tracheotomii, czy też poprzednio wyczekać podgojenia się rany tracheotomijnéj, na mocy własnego doświadczenia w ten sposób odpowiedzieć muszę, że operacyja bezpośrednio po dokonanéj tracheotomii odbywa się nieco mniéj dogodnie, niż w tydzień po niéj. Niewygoda ta polega raz na małem krwawieniu, jakie się po tracheotomii skutkiem nieprzywykuienia tchawicy do kaniuli, a stąd krztuszenia się utrzymywać może, a tem samem na zanieczyszczaniu nowego pola operacyjnego przy zabiegu w krtani; powtóre na tem, że świeżo przecięty łuk chrząstki obrączkowéj zamyka się skutkiem swéj elastyczności, a tem samem wymaga ciągłego użycia rozwieracza, który też do krztuszenia pobudzać może. Niedogodności te są jednak bardzo małe tak, że operujący żadnéj do nich wagi przywięzywać nie potrzebuje i może śmiało według swéj woli lub okoliczności laryngofisurę bądź to zaraz po tracheotomii, bądź też późniéj wykonać.

Łatwo pojąć, że najlepiéj jest przed laryngofisurą wykonać krykotomiję; w tym bowiem razie rozcięcie wspólnéj rury oddechowéj jest mniejsze, niż przy wykonaniu czystéj tracheotomii. Jeżeliby jednak z jakiegokolwiek powodu tracheotomija nadtarczykowa wykonaną została, można cięcie od téj ostatniéj w górę rozszerzyć, rozcinając chrząstkę obrączkową, wiąz stożkowy, a następnie chrząstkę tarczykową. Można też pozostawić nienaruszoną chrząstkę obrączkową, a rozcięcie krtani od więzu stożkowego rozpocząć. Przy tracheotomii podtarczykowéj wystarczy laryngofisurę po nad chrząstką obrączkową rozpoczynać, wyjąwszy, jeżeli sprawa chorobowa w saméj krtani rozcięcia chrząstki obrączkowéj wymaga.

Wobec tego co powyżéj powiedziałem, a co 22 przypadkami laryngofisury na 21 chorych przezemnie obserwowanymi, pomiędzy którymi 14 sam operowałem, potwierdzam, dziwnemi mi się wydać muszą zarzuty, jakie téj operacyi robi Mackenzie, (*Friedrich der Edle u. seine Ärzte. Von Sir Morell Mackenzie* 1888, pag. 97—101). Zarzut, że przy tyreotomii zyskujemy zbyt wąską szparę do działania we wnętrzu krtani, jest słuszny, jeżeli się li tylko tyreotomię wykona; rozszerzenie jednak cięcia w wiąz stożkowy ku dołowi, a w razie potrzeby także w wiąz gnyko-tarczykowy ku górze daje nam szparę dostateczną do wszelkich wewnątrz krtani zabiegów. W razie potrzeby można jeszcze cięcie i na chrząstkę obrączkową rozszerzyć, a potrzeba ta odpada, jeśli poprzednio krykotomija wykonaną była; wtedy można cięcie jeszcze ku górze na koszt więzu gnyko tarczykowego przedłużyć, jeżeli tego potrzeba. Jednem słowem należy tu wykonywać nie tyreotomiję w ścisłem słowa znaczeniu, lecz prawdziwą laryngofisurę. Operując w ten sposób, raz tylko nie mogłem dostatecznie rozewrzeć chrząstki tarczykowéj (przypadek 21, *perichondr. thyreoidea chronica*), gdzie sprawy patologiczne rozwarcie jéj utrudniały. I tu jednakże szpara nie była między płytami tak wąską, aby przez nią działać nie można było. Obawy Mackenziego co do ściekającéj do tchawicy krwi są wobec operowania przy zwieszonéj głowie zupełnie płonne. Wpadaniu śluzu lub pokarmów po operacyi do krtani zapobiega w zupełności założony w nią tampon. Krztuszenie, które przy operacyi istotnie krwawienie wywołać może, daje się w zupełności przez zapędzlowanie kokainą wnętrza krtani usunąć. Samo wreszcie krwawienie miąższowe, jeśli jest zbyt wielkie, można wygodnie przez tamponadę zatrzymać. Jeżeli przytem tymczasowo choremu kaniulę pod tampon założymy, w takim razie uchronimy go w zupełności od zesuwania się tamponu ku dołowi i zatykania tchawicy. Zarzut, jaki wreszcie przeciw laryngofisurze podnoszono, a mianowicie, że ona utratę głosu wywołać może, jest jak nasze przypadki dowodzą zupełnie niesłuszny. W przypadkach, w których chory miał głos przed operacyją, zachował taki sam i po niéj (przypadek 4, 11, 14, 15, 17); w przypadkach zaś, w któ-

rych już przed laryngofisurą głosu wcale nie było, lub był takowy bardzo upośledzony, spostrzegłem kilkakrotnie powrót lub poprawę tegoż (przypadek 1, 3, 5, 6, 12 i 16). Że jednak nie w każdym przypadku po laryngofisurze poprawa lub powrót głosu mógł nastąpić, to każdy łatwo pojmie. Przyczyną jednak tego była sama sprawa chorobowa, a nie laryngofisura (przypadek 2, 7, 8, 9, 10, 13, 18, 19, 20 i 21).

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych.

Podał

prof. Dr. Blumenstok.

Ćwierć wieku prawie mija, odkąd lekarz angielski Erichsen [1]) pod szczególną nazwą *railway spine* opisał zbiór objawów, występujących w dziedzinie rdzenia pacierzowego u ludzi, którzy przebyli jednę z katastrof kolejowych, w Anglii z powodu szybkiéj jazdy częściéj zdarzających się, aniżeli na lądzie stałym. Za jego przykładem poszli w Anglii Morris [2]), a późniéj Page, w Niemczech zaś Leyden [3]), Erb, Pick [4]), Moeli [5]), Bernhardt [6]), Westphal [7]); głównie zaś Rigler [8]), którego praca przyczyniła się do rozpowszechnienia w Niemczech wiadomości o t. zw. Railway spine. Zrazu pojęcie téj choroby według Erichsena i Riglera było ciaśniejsze: objawy chorobowe miały wyłącznie, a przynajmniéj przeważnie być rdzeniowemi i następstwem wstrząśnienia kręgosłupa i rdzenia (*concussion of the spinal cord*); miały one wystąpić niekoniecznie bezpośrednio po doznanym urazie, potęgować się powoli i kończyć śmiercią po upływie lat kilku lub wielu, a na podstawie dwóch sekcyj rozpoznano cierpienie i uważano przez lat kilka jako przewlekłe zapalenie rdzenia. Powoli jednak przekonano się, że obok rdzeniowych występują także objawy mózgowe i że choroba powstaje nietylko wskutek urazu rdzeniowego (wstrząśnienie, stłuczenie, nagłe przegięcie kręgosłupa), lecz także skutkiem obrażenia głowy, lub innéj części ciała. Z rozszerzeniem pojęcia choroby rozszerzono i nazwę; stąd późniejsza nazwa: *railway spine and brain*; nadawano nawet poszczególnym objawom, mniéj na uwagę i wiarę zasługującym, szczególne nazwy dziwaczne, jak np. owa Riglerowska *Siderodromophobia*, mająca oznaczyć objaw całkiem prosty, że człowiek, który przebył katastrofę kolejową, przez pewien czas czuje wstręt do ponownéj jazdy koleją, przypuszczając, że wstręt ten jest objawem psychozy urazowéj już wybuchłéj lub przynajmniéj nadchodzącéj, bez względu na to, że wstręt ten może być udawany, lub przynajmniéj przesadzony, a dziwnym sposobem objawia on się najczęściéj u sług kolejowych, których podejrzywać należy, że chcą przez czas pewien używać wypoczynku: bez względu zresztą na to, że wstręt taki jest objawem dosyć częstym u ludzi, którzy doznali jakiegokolwiek przypadku śród jazdy konnéj, w powozie, na statku i t. d., a przez pewien czas czują obawę przed jazdą ponowną. Nie ulega atoli wątpliwości, że występują i przeróżne objawy mózgowe, które wzmagając się powoli mogą rzeczywiście przedstawiać obraz psychozy urazowéj, która, jak już od dawna wiemy, najczęściéj jest nieuleczną, a nawet obraz psychozy na tle ciężkich zmian anatomicznych, jak niedołęztwa porażennego. Prace późniejszych autorów: w Niemczech Thomsena i Oppenheima [1]), Strümpella [2]) i jego ucznia Schultzego [3]). Meynerta [4]) i Oppenheima [5]), we Francyi Charcota, a w Anglii Page'a [6]) ustaliły istnienie téj choroby, jakkolwiek pod względem pojęcia jéj rozchodzą się zapatrywania, ponieważ jedni uważają ją za neurastenię urazową, drudzy, zwłaszcza Charcot, za histeryję urazową, podczas gdy Strümpell uważając słusznie, że pojęcia neurastenii i histeryi same nie są jeszcze dokładnie określone, oświadcza się za nazwą nerwicy urazowéj, przypuszczając nadto nerwicę urazową ogólną i miejscową. Wreszcie zwrócili niektórzy uwagę, że zbiór ten objawów wystąpić może i bez poprzedzającego urazu mechanicznego, jedynie skutkiem silnego zadziałania na umysł, jak n. p. skutkiem przerażenia, a więc wtrząsu psychicznego, a pod tym względem nie dawno temu Schäfer ogłosił przypadek [7]) bardzo pouczający.

Nie jest moim zamiarem, ani mojem zadaniem wdawać się w stronę kliniczną téj nerwicy i dlatego pomijam nawet opis głównych objawów cechujących tę chorobę, ponieważ sądzę, że są powszechnie znane; poprzestanę na kilku uwagach ze stanowiska wyłącznie sądowo-lekarskiego, o ile własne doświadczenie nastręcza mi do tego sposobność, a w końcu podam orzeczenie w przypadku ciekawym, który stał się przedmiotem dochodzenia w naszym sądzie cywilnym.

Literatura sądowo-lekarska w tym przedmiocie dotychczas jest bardzo szczupłą. W r. 1871 ogłosił Tardieu dziełko [8]), w którem poświęca osobny rozdział obrażeniom doznanym śród katastrof kolejowych, podając zarazem szczegółowo 35 przypadków odnośnych przez siebie ocenionych z polecenia sądów. Jakkolwiek większa część tych przypadków tyczy się obrażeń ciężkich kości i trzew wewnętrznych, to znajduje się jednak pomiędzy niemi i kilka, w których skutkiem wstrząśnienia ogólnego wystąpiły poważne objawy mózgo-rdzeniowe, a chociaż ostrożny autor w niektórych przypuszcza udawanie lub przesadę, w innych dowodzi, że nie ma w rzeczywistości ciężkiego następstwa, to w kilku innych atoli oświadcza się za ciężką chorobą mózgową (niedołęztwo porażenne) jako następstwem doznanego wstrząśnienia lub skaleczenia. Nie używa wprawdzie nazwy *railway-spine*, nawet nie wspomina o pracy Erichsena, bo zapewne jéj wcale nie znał z powodu, że, jak podaje Vibert, w r. 1888 nie była jeszcze tłomaczoną na język francuski i dla tego we Francyi mało jest znaną, ale w uwagach swoich powiada wyraźnie: „*Quelquefois on reconnaîtra une lésion manifeste du système „nerveux, soit une paralysie locale, soit une atrophie muscu„laire, soit une affection convulsive épileptiforme dont il est impossible de ne pas rapporter l'origine à l'accident qui „a eu lieu quelquefois plusieurs mois auparavant. J'ai appelé „l'attention des medecins légistes sur ses consequences „encore peu connues des accidents graves et de*

[1]) J. E. Erichsen: *On railway spine and other injuries of the nervous system*, London 1866. — [3]) *A pract. treatise on shok with especial reference to shok caused by railway injuries*, London, 1867. — [2]) *Archiv f. Psych.* VIII. — [4]) *Real. Encyclopädie*, wyd. I. t. II. — [5]) *Berl. klin. Woch.* 1881, Nr. 6. — [6]) *Berl. klin. Woch.*, 1876, Nr. 20. — [7]) *Berl. klin. Woch.*. 1879, Nr. 9: *Charité Annalen* 1880. — [8]) *Ueb. d. Folgen d. Verletzungen auf Eisenbahnen*, Berlin 1879.

[1]) *Archiv f. Psych.*, t. XV., 1884. — [2]) *Uiber die traumatischen Neurosen*, Berlin 1888. — [3]) *Uiber traumat. Neurosen* 1889. — [4]) *Wiener. klin. Woch.* 1889. — [5]) *Die traumat. Neurosen*, Berlin 1889. — [6]) Herbert W. Page, *Injuries of the Spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shok, in their surgical and med. legal Aspects*, 1885. — [7]) *w Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 43, ref. w „Przegl. Lek.", Nr. 12 z r. b. — [8]) *Etude med. leg. sur les blessures par imprudence*, Paris.

ceux notammement q u i   s u r v i e n n e n t   d a n s   l e s   c h e m i n s   d e   f e r. *Ce n'est pas du premier coup que je suis arrivé à me faire une idée juste de ces cas difficiles et si graves au point de vue de l'expertise médicolégale*" (str. 172). W dowód przytacza przypadek, w którym razem z kilku specyjalistami przypuszczał zrazu jeśli nie symulacyję, to przynajmniej znaczną przesadę, a jednak z czasem przekonał się o istnieniu ciężkiéj nieulecznéj choroby ośrodków nerwowych, powstałéj w następstwie wstrząśnienia silnego wśród wykolejenia się wagonu pocztowego i spadnięcia onego do wąwozu. W wagonie tym znajdował się urzędnik pocztowy, który przerzucony z jednéj strony w drugą stracił przytomność; przyszedłszy do siebie przeslany został tego samego dnia do Paryża, okryty wprawdzie licznemi sińcami, lecz nie przedstawiający uszkodzenia cięższego. Odtąd stał się niezdolny do pracy zawodowéj, skarżąc się ciągle na ogólne zmęczenie i osłabienie odnóg dolnych, oraz odnogi górnéj lewéj, którą zmuszony był trzymać w chustce, na bóle wzdłuż kręgosłupa i osłabienie pamięci. W 16 miesięcy po przypadku Tardieu i koledzy jego nie zdolali wykryć zmian przedmiotowych, ale już w kilka miesięcy później wystąpiły ciężkie zmiany w ośrodkach nerwowych, które we 2 lata od chwili katastrofy przebytéj sprowadziły śmierć chorego. Przypadek ten i inne mniéj wybitne wystarczają, powiada T., aby przestrzedz znawcę sądowego przed przesadnym sceptycyzmem, którego następstwa mogłyby być gorsze, aniżeli zbyt wielkiéj łatwowierności. Potrzeba więc oswoić się z myślą, że są takie przypadki, które oprócz (widocznych) obrażeń wnoszą w ustrój zmianę głęboką i niszczą zdrowie na zawsze.

Nasze podręczniki sądowo-lekarskie mało zajmują się sprawą, o któréj mowa. H o f m a n n [1]) w najnowszem wydaniu z r. 1887 wspomina tylko o objawach choroby i przytacza przypadek opisany przez M ö b i u s a [2]). Dopiero w roku 1888 pojawiła się monografija innego lekarza sądowego V i b e r t a [3]), wyłącznie poświęcona téj sprawie. Pracę swoją opiera na materyjale obfitym; pomiędzy innemi po jednéj katastrofie, która nastąpiła dnia 5 września 1881 r. w Charenton pod Paryżem, miał sposobność widzieć 104 ofiar, z których 16 zginęło na miejscu, 5 umarło w przeciągu 3—4 miesięcy, a 26 poniosło ciężkie uszkodzenia lub poważne nadwerężenia zdrowia; opisuje on szczegółowo 17 przypadków, które badał i obserwował z polecenia sądów albo sam, albo z innymi znawcami, jak z prof. Brouardelem, Blanchem i Motetem; zastanawia się wreszcie nad następstwami takich katastrof ze stanowiska patologicznego oraz podaje uwagi swe sądowo lekarskie. Do ostatnich jeszcze powrócę; co do pierwszych zaś ograniczam się do wzmianki, że Vibert przypomina, iż przy zderzeniu się dwóch pociągów na większe uszkodzenie narażeni są ludzie znajdujący się w pociągu tym, którego bieg w chwili nagłego zatrzymania był szybszym, że z obrażeń cielesnych bardzo często zdarzają się złamania kości, odnóg dolnych, połączone z ranami lub zwichnieniami, resztą zaś podaje szczegóły kliniczne powszechnie już znane. Jeżeli jeszcze zaliczę tu i przytoczoną powyżéj pracę P a g e'a, która uwzględnia także znaczenie sądowo-lekarskie nerwic urazowych, to całą literaturę dotychczasową wyczerpnąłem [4]).

[1]) H o f m a n n, *Lehrbuch der ger. Medicin* IV. Aufl. Wien 1887, str. 480. — [2]) *Memorabilien* 1882 p. 71. — [3]) *Etude medico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer*, Paris 1888, str. 118. — [4]) Niedawno temu kol. Z i e l e w i c z zwrócił uwagę w „Nowinach Lek." 1889, Nr. 9 (w osobnéj odbitce) na ważność nerwic urazowych i dla lekarzy kasowych; uwaga tem słuszniejsza, o ile instytucyja ta coraz bardziéj i u nas się rozpowszechnia. Téj strony jednak nie dotykam tu wcale, ponieważ pod tym względem nie mam własnego doświadczenia.

Zadanie atoli lekarza sądowego wobec n e r w i c   u r a z o w y c h jest ważnem a zarazem trudnem. Jest ono zaś trudniejszem, aniżeli w innych przypadkach, z powodów następujących:

1) Nerwice urazowe wymagają przedewszystkiem dłuższéj obserwacyi, która w przypadkach sądowych najczęściéj jest niemożebną, ponieważ Sądowi zależy na jak najszybszem załatwieniu sprawy.

2) Lekarz sądowy liczyć się musi ze symulacyją, a przynajmniéj z eksageracyją, ponieważ badanemu zależeć może na uzyskaniu jak największego odszkodowania pieniężnego.

3) Dalsza trudność polega na tem, że lekarz sądowy polegać musi najczęściéj na objawach podmiotowych, a rzadziéj posługiwać się może objawami przedmiotowemi, które jedynie dają mu należytą podstawę dla stanowczego orzeczenia.

4) Jak wszędzie, tak i tu rokowanie odgrywa ważną rolę; ale i pod tym względem częstokroć brak lekarzowi sądowemu podstaw pewnych.

5) Wreszcie sprawdzenie związku przyczynowego pomiędzy zajściem, od którego badany wywodzi swoje cierpienie, a chorobą, z pewnością lub z prawdopodobieństwem sprawdzoną, nie mało nastręcza trudności, a pod tym względem właśnie przypadek, który opiszę, jest pouczającym.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania

Fizyjologija.

M i n k o w s k i (Strassburg): **Przyczynek do wchłaniania tłuszczów.**

Z nauki o wchłanianiu tłuszczów wiemy na pewne tylko tyle, iż tłuszcz znika z miazgi pokarmowéj w kiszce się znajdującéj i że się znów w stanie rozdrobnienia w naczyniach chłonnych z nim spotykamy. Na pytanie, w jaki sposób on się tam dostał, napróżno silimy się stanowczo odpowiedzieć. Że dyfuzyja nie odgrywa tu żadnéj roli, nie podlega najmniejszéj dziś już wątpliwości, a z licznych teoryj zjawisko to tłomaczących warto przytoczyć dwie. Pierwsza brzmi: krople w zawiesinie znajdującego się tłuszczu zostają za pomocą komórek z powierzchni błony śluzowéj w naczynia chłonne wprowadzone. Cała sprawa utyka teraz znów na pytaniu, które to komórki i w jaki sposób załatwiają tę czynność. Histologowie nie mogą się na tym punkcie pogodzić. Druga teoryja Kühnego i Radziejewskiego powiada: Tłuszcze spożyte rozpadają się na kwasy tłuszczowe i glicerynę. Pierwsze pod wpływem alkalicznego soku kiszkowego zamieniają się w mydła, które wessane wskutek procesu syntetycznego w organizmie znów jako tłuszcze występują. Tłomaczenie to częściowo stwierdzili Munk i Perewóżnikow. Pośrednie miejsce zajmuje twierdzenie Brückego, że tylko pewna część tłuszczów zmydloną zostaje, co jest koniecznem do utworzenia zawiesiny, bez któréj nie ma resorbcyi. Koniec końców sok trawienny kiszkowy zdaje się tu odgrywać ważną rolę. Ale który? Czy sok trzustki, czy gruczołów Liberkühna, czy żółć? Co się tyczy treści gruczołów Lieberkühna, wielu autorów nie przypisywało jéj ważnego na trawienie wpływu, a Hoppe-Seyler zaprzecza nawet istnieniu jakiegokolwiek soku właściwych gruczołów kiszkowych. W przeciwieństwie do nich Bunge przypisuje mu wielkie znaczenie w procesie wchłaniania tłuszczów, bo zawiera wielką ilość dwuwęglanu sodowego. Że żółć wielce do resorbcyi tłuszczów się przyczynia, wie o tem dziś każdy lekarz, który miał sposobność obserwowania ludzi z żółtaczką. Jaki jest sposób jéj działania, to jeszcze dla

fizyjologów jest tajemnicą. Najlepiéj jest nam znane działanie soku trzustkowego. On to bowiem głównie przyczynia się do zmydlenia części tłuszczu. Wprawdzie odkąd dowiedzieliśmy się, że i bakteryje gnilne nie mało się do tego przyczyniają, rola, jaką sok trzustkowy odgrywał, stała się nieco skromniejszą. Minkowski wycinał psom trzustkę całkowicie i badał, o ile tłuszcze wessane zostały. Doświadczenia wykazały, że z pokarmem spożyte tłuszcze u psów takich zupełnie wessaniu nie ulegały. Nawet bardzo małe ilości, jak 25 do 20 grm., można było w kale w zupełności odnaleźć. Jeżeli jednak z pożywieniem podawano trzustkę wieprzową, tłuszcz w znacznéj części ulegał resorbcyi. Wyjątek stanowiło tylko mleko, którego tłuszcz w większéj lub mniejszéj ilości zawsze wessaniu ulegał. Ciekawą rzeczą jest, iż tłuszcz w kale znaleziony był już rozłożony na kwasy tłuszczowe. Doświadczenia te nas pouczają, że bez trzustki nie ma resorbcyi tłuszczów (Cl. Bernard), które nie za pomocą zmydlenia się dokonywa. Zdaje się więc, że sok trzustkowy ma wpływ na czynność chłonienia odpowiednich elementów, a przemawia za tem jeszcze i to odkrycie, że wycięcie trzustki wstrzymuje także przyswajanie cukru, stając się powodem cukrzycy. Tłuszcz w mleku przedstawia zawiesinę, jaka według niektórych autorów jest konieczną, aby mógł być przyjęty do organizmu. Sok trzustkowy przyczynia się więc bezsprzecznie do utworzenia się takiéj zawiesiny w innych pokarmach. Rezultatem tych badań ostatecznym jest twierdzenie, że tłuszcze prócz w mleku, gdzie się znajdują już w gotowéj zawiesinie, do resorbcyi swojéj koniecznie potrzebują obecności soku trzustkowego. (*Berl. kl. Woch.* 1890, Nr. 15).

Patologija.

Wilhelm Koch (Berlin): **W sprawie śmierci wśród narkozy chloroformowéj.**

Chirurg berliński Wilhelm Koch (obecnie w Dorpacie) ogłasza w Nr. 14 *D. m. W.* otwarty list do redaktora tejże gazety, w którym boleje nad przypadkami śmierci chloroformowéj w Berlinie ostatniemi czasy częściéj zaszłemi, a zastanawiając się nad całą sprawą chloroformową, życzy sobie wywołania dyskusyi w téj tak ważnéj sprawie.

Już niejednokrotnie starano się zastąpić chloroform innym odurzającym lekiem i badano w tym kierunku do ziś dnia przeszło 20 środków, lecz napróżno, żaden z nich nie posiada pożądanych własności. Niedawno przez Berta o ızymany gaz z 4 objętości N_2O, a 1 objęt. O się składając , ma wszelkie cechy gazu rozweselającego i jest do dłuższych ı arkoz nieprzydatny. Tak samo zachowuje się brometyl, a przez Spencer-Welsa próbowany dwuchlorek metylenu *(Methylenbichlorid)* jest niebezpieczniejszy od chloroformu. Chloroform więc obecnie stoi bez konkurenta i dominujące miejsce zajmuje, jest więc rzeczą chirurgów działanie jego poznać dokładnie, badać go coraz więcéj, aby módz go jak najbezpieczniejszym uczynić. Chloroform zabija w dwojaki sposób, albo przez powstrzymanie ruchów oddechowych, albo też przez zniesienie krążenia. Na to wszyscy się godzą. Nie jesteśmy jednak w stanie wytłomaczyć sposobu, w jaki się to odbywa. Siłą motoryczną serca są komórki zwojowe, jeżeli więc w śmierci chloroformowéj ustanie krążenia poprzedzą inne objawy, jest to natenczas dowodem osłabienia ich. Winogradow znalazł pod mikroskopem znaczne zaćmienie wskutek drobnoziarnistego rozpadu pierwoszczy tychże komórek, a jądra ich były zupełnie zanikłe. Domyślać się powinniśmy takich samych zmian w zwojach nerwowych serca wobec degeneracyi mięśnia sercowego, rozszerzenia komór czy to z niedomykalnością zastawek czy też bez tejże. Rosyjanin Poletika (*Wracz* 87) udowodnił stałą łączność, zachodzącą między miażdżycą naczyń, rozszerzeniem serca, a opisaną zmianą komórek zwojowych. Często następuje śmierć z chloroformu mimo, iż wszystkich tych wyż wspomnianych przyczyn znaleźć nie możemy, ale znajdziemy za to infekcyję organizmu n. p. jadem gruzliczym lub innym, a działanie jego na unerwienie serca nie jest bez wpływu. Bez odpowiedniego nasilenia zmian w komórkach zwojowych się usadowiających nie przychodzi do śmierci, jakżeż często bowiem przechodzą szczęśliwie narkozę ludzie o słabem sercu i gruźliczych złogach w różnych organach. Granica tych nasileń jest nam nieznaną; Koch proponuje więc przed użyciem całkowitéj, używanie próbnéj narkozy (*anchloroformiren*), a jakość tętna wśród niéj ma w dalszem znieczulaniu rozstrzygać.

Daleko rzadszemi są przypadki śmierci zniesieniem oddechania wywołane. Najczęściéj trafiają się, jeżeli narkotyzujemy przy świetle gazowem, tworzy się bowiem tlenek chloro-węglowy (*Chlorkohlenoxyd)*, który pobudza operatora do nudności i kaszlu, a asfiksyję operowanego sprowadza. Jeżeli dwa tego samego ciężaru zwierzęta, z których jednemu poprzednio dostateczną ilość krwi za pomocą cięcia żylnego upuściliśmy, poddamy równocześnie narkozie, to spostrzeżemy, iż bezkrwiste stworzenie daleko szybciéj zginie, niż dostateczną ilość krwi posiadające. Chloroform zwalnia szybkość krążenia, utlenianie staje się powolniejsze, aż ostatecznie przychodzi do zaduszenia. Ustanie ruchów oddechowych poprzedza akcyję serca. Dlatego doświadczeni chirurdzy wojskowi nie chcą chloroformować po silnych utratach krwi, a narkoza u osób z powierzchnią oddechową zmniejszoną (wskutek zmian w płucach) jest czynnością bardzo ryzykowną.

Działanie chloroformu na pijaków pozostawia jeszcze obszerne pole do badań. Faktem jest, iż sprawia on wręcz przeciwny skutek, jaki właściwie osiągnąć chcemy, bo wywołuje ostry obłęd opilczy (*delirium tremens*), dopóki narkotyzujemy. Przyczyną ich śmierci wśród narkozy są zdaje się już powyżéj opisane zmiany anatomiczne w aparacie nerwowym serca.

Zdarzają się przypadki śmierci z chloroformu w kilka godzin, lub nawet dni po narkozie (*protrahirier Chloroformtod*). Coby mogło być ich przyczyną? Rzecz cała jest jeszcze bardzo niejasną. Jeżeli narkotyzowano przy świetle gazowem, posądzić byśmy mogli o to tlenek chloro-węglowy, którego skutki zgubne opóźniać się mogą. Znany jest nam wpływ chloroformu na tkanki zwierzęce, wiemy, że rozpuszcza ciałka krwi (Boettcher, Schenk), przyczem hemoglobina tworzy niezdolne do przyjmowania tlenu połączenia; wiemy, że chloroform znosi pobudliwość skurczową mięśnia, a wprowadzeny w nadmiernéj ilości do żołądka wywołuje ostre stłuszczenie wątroby i serca. Doświadczenia robione na psach wielokrotnie to potwierdziły, o ile zaś stoją te dane w związku ze śmiercią chloroformową, przyszłość chyba wykaże.

Dr. Mendelsburg.

Chirurgija.

Géza Antal: **Szczegółowa chirurgiczna patologija i terapija cewki i pęcherza moczowego.**

A. jest gorącym zwolennikiem postępowania przeciwgnilnego; przed wprowadzeniem narzędzia do cewki lub pęcherza poleca oczyszczenie ujścia cewki moczowéj, żołędzi i napletka i odrażanie rozczynem sublimatu (1:10,000), którym należy także przepłukać przednią część cewki aż do części błoniastéj. Do badania poleca tylko zgłębniki metalowe; jeżeli zaś w celu wypełnienia pęcherza potrzebne są cewniki, poleca własny cewnik, który daje się rozłożyć na kilka części i tem samem dokładnie odrażać Celem oglądania cewki używa własnego pomysłu narzędzia tak zw. aërouretroskopu, który umożliwia badanie wzrokiem większych części cewki rozdętych powietrzem. Celem usunięcia kamieni pęcherzowych posługuje się A. wyłącznie dwoma sposobami t. j. litolapaksyją i wysokiem cięciem pęcherzowem. Pierwszy sposób wskazany jest tylko wobec małych i średnich kamieni u osób dorosłych, a przeciwwskazania tu tworzą: gwałtowne zapalenie pęcherza, niedomoga lub nieprawidłowa postać pęcherza, znaczny przerost gruczołu krokowego, unieruchomienie kamienia, ropne zapalenie miedniczek nerkowych lub nerek. We wszystkich przypadkach cięższych i wobec kamieni u dzieci używa cięcia wysokiego. A. jest zwolennikiem szwu pęcherzowego, którego tylko nie używa w przypadkach owrzodzenia i zgorzeli pęcherza. Rany brzusznéj nie zamyka, lecz według Kraskego wypełnia gazą jodoformową i tym sposobem usuwa w zupełności niebezpieczeństwo nacieku moczowego i gnicia w przypadkach gojenia się rany pęcherzowéj nie przez rychłozrost. Dla zapewnienia szwu pęcherzowego poleca otwierać pęcherz przez wycięcie klina z przedniéj jego ściany, przezco zyskamy szerokie brzegi ranne, łatwiéj gojące się przez rychłozrost. Celem usunięcia

guzów pęcherza używa również prawie wyłącznie wysokiego cięcia pęcherza, a do operacyi nadają się tylko te przypadki, w których nowotwór nie przechodzi na dno pęcherza ani na gruczoł krokowy. Dla usunięcia złośliwych nowotworów usadowionych na szczycie pęcherza poleca podotrzewnową resekcyję pęcherza, to jest, po oddzieleniu otrzewny wycina ścianę pęcherza przez całą jéj grubość, jak daleko guz sięga, a brzegi rany łączy szwami sięgającemi aż do błony śluzowéj; część pęcherza pozaotrzewnową i dolną część rany brzusznéj pozostawia otwartą i za pomocą dwóch sączków przepłukuje stale pęcherz rozczynem kwasu borowego lub rezorcyny. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, rocz. 20).

Dr. Baschkopf.

Okulistyka.

P. Möbius (Monachijum): **Przyczynek do nauki o** ***Neuritis puerperalis.***

Neuritis puerperalis występuje, jak nazwa wykazuje, podczas lub po *puerperium* zazwyczaj w przebiegu *nn. medianus* i *ulnaris*. Po dłuższym lub krótszym czasie ból bezpowrotnie ustępuje. W przeciągu lat 3 spostrzegał ją Möbius 7 razy, a obecnie ogłasza przypadek nowy. 30 letnia wieloródka powiła prawidłowo 20/1 89. W 4 tygodnie po porodzie wystąpiły nerwobóle w obydwu kończynach górnych, a 2 tygodnie potem i w dolnych, a mianowicie w udach. Bólowi towarzyszyło ogromne osłabienie mięśniowe. Wartość dynamometryczna = 0. Mięśnie kończyn aczkolwiek miękkie, zaniku nie przedstawiały, a zresztą nie można było odnaleźć żadnych innych zboczeń. W lipcu bolesność i osłabienie w znacznéj części ustąpiły, a we wrześniu pojawiły się objawy nerwowego osłabienia, jak bóle głowy, bicie serca, bezsenność i uczucie lęku. Przypadek ten różni się tem od poprzednich, że kończyny dolne były także nerwobólem dotknięte. O przyczynie cierpienia nie wiele się daje powiedzieć. Początkowo, ponieważ niektóre położne bezpośrednio po połogu z wystąpieniem neuralgii gorączkowały, łączył M. to cierpienie z zakażeniem połogowem w jednę przyczynowość, jednak przypadek dopiero co opisany całemu temu tłomaczeniu kłam zadaje. Jad wywołujący neuralgiję, występuje zdaje się w organizmie samoistnie, a dowodem tego 2 przypadki, u których wystąpienie bólów inaugurowały wymioty. (*Wien. med. Bl.* 1890, Nr. 15).

Dr. Mendelsburg.

Choroby weneryczne.

Rosenthal (Berlin): **Kilka ogólnych uwag o leczeniu kiły za pomocą wstrzykiwań rtęciowych.**

W końcu dłuższéj rozprawy wypowiada R. następujące zasady: 1) wstrzykiwania rtęciowe wyjednały sobie w leczeniu kiły najzupełniejsze prawo obywatelstwa; 2) leczenie wstrzykiwaniami rtęciowemi łączy obok równéj skuteczności większą wygodę, czystość, taniość i dokładniejsze oznaczenie dawki; 3) rozpuszczalne sole rtęciowe mają wogóle zaletę, że sprawiają mniéj bólu, a ujemną ich stroną jest szybsze wydzielanie się z ustroju; nierozpuszczalne zaś sole mają zaletę, że dłużéj trwa ich przyswajanie, a więc większą mają skuteczność; 4) okolica pośladków zasługuje jako miejsce do wstrzykiwań pierwszeństwo przed innemi częściami ciała; 5) wstrzykiwania miąższowe zasługują na pierwszeństwo przed podskórnemi; 6) polecenia godnem jest lekkie mięsienie po wstrzyknięciu soli nierozpuszczalnych; 7) ropni można na pewno uniknąć; 8) sposób ten nadaje się u mężczyzn, u kobiet rzadziéj, a u dzieci tylko w wyjątkowych przypadkach. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.*, rocznik XX.).

L. Mannino: **Nowy sposób poronnego leczenia dymienic.**

M. wstrzykuje w jamę ropnia dymienic tak prostych jak i zapalnych kilka kropli jednoprocentowego rozczynu sublimatu za pomocą strzykawki Pravaza. Wstrzykiwania należy powtórzyć przynajmniéj dwa razy w przerwach kilkodniowych. Po wyciągnięciu igły, która powinna być bardzo cieńką, pokrywa się otwór wkłucia watą Brunsa, następnie zakłada się odpowiedni opatrunek. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX).

Culver: **Klasyfikacyja i leczenie dymienic.**

1) Dymienice ostro zapalne bez dążności do zropienia. 2) Ostre ropne zapalenie gruczołów. 3) Ropne zapalenie okołogruczołowe. 4) Dymienica wrzodziejąca. Co do leczenia poleca jako środek szybko działający i niedopuszczający do ropienia w świeżych przypadkach wewnętrzne podawanie chlorku wapniowego w ilości 0·3—1·0, 3—4 razy dziennie; miejscowe wcieranie mydła szarego i nastoju jodowego. W celu zapobieżenia powstawaniu szpecących blizn w razie ropienia aspiruje ropę lub wypuszcza ją za pomocą krótkich cięć nie równoległych, lecz prostopadłych do więzu Pouparta. Po wstrzykiwaniach eteru z jodoformem zamiast wessania następowało przyspieszenie ropienia. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX).

Broese: **Przyczynek do leczenia rzeżączkowego zapalenia błony śluzowéj pochwy i macicy.**

B. podaje, że używa z dobrym skutkiem w nieżytach macicy, a szczególnie rzeżączkowych wewnątrzmacicznego tuszowania chlorkiem cynku (*Zinc. chlor.*, *Aq. dest. aa*). Daléj zauważa, że w nieżytach szyjki nigdy nie można wiedzieć, czy nie istnieje także nieżyt trzonu macicy, a w takim razie nie pomaga najenergiczniejsze leczenie szyjki. B. wyleczył powyższym sposobem długi czas trwające cierpienia. Wreszcie przypisuje wielką wagę obsuszaniu i aseptycznemu utrzymaniu zakażonéj błony śluzowéj pochwy przez tamponowanie gazą jodoformową. (*Centralbl. f. Gynäkologie*).

Dr. Baschkopf.

Choroby nerwowe.

Déjerine: **Porażenie nerwu sprychowego w przebiegu uwiądu rdzenia.**

Autor opisuje przypadek uwiądu rdzenia, w przebiegu którego u chorego rozwinęło się porażenie wszystkich mięśni zaopatrywanych przez *n. radialis* bez żadnéj przyczyny zewnętrznéj. Nagłe powstanie tego porażenia, jego krótkie trwanie i dobrowolne wyleczenie pozwalają je porównywać z porażeniami mięśni ocznych, rozwijającemi się często w przebiegu *tabes*. Porażenie to połączone było z niezwykłem zachowaniem się oddziaływania elektrycznego: pobudliwość mięśni przy bezpośredniem ich drażnieniu była zachowaną jakto zazwyczaj bywa w lekkich porażeniach n. sprychowego, lecz sam nerw stracił w całéj swéj długości pobudliwość nawet na najsilniejszy prąd, co jest zupełnie nieprawidłowem. Przy porażeniu n. sprychowego powstałem przez ucisk pobudliwość jest zachowana poniżéj miejsca uciśniętego, a obniżona powyżéj tego miejsca. Nerw więc w tym przypadku zachowywał się jak w ciężkich przypadkach porażenia *radialis* w zapaleniach urazowych, podczas gdy mięsień zachowywał się jak w przebiegu lekkiego porażenia (*Le Progrès medical* 1890, Nr. 8).

Dr. Beck.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie I-sze Tow. lek. krak. z dnia 5 go stycznia 1890 roku.
Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 33.

1. Przewodniczący szczere wspomnienie poświęca zmarłemu Docentowi Uniw. Jag. Drowi Smoleńskiemu, podnosząc jego zasługi około nauki i piśmiennictwa w zakresie hydroterapii położone; oraz zgasłemu przedwcześnie młodemu sekundaryjuszowi szpitała św. Łazarza Drowi Tylce. Obecni oddali cześć pamięci kolegów przez powstanie.

2. Nastąpiły z kolei sprawozdania urzędników Tow. lek. z czynności za rok ubiegły, a mianowicie:

a) Kol. Gluzińskiego z czynności komisyi przemysłowéj.

b) Kol. Kwaśnickiego z czynności Tow. lek.

c) Kol. Zarewicza ze stanu majątkowego, oraz z obrotu kasowego funduszów Towarzystwa.

d) Kol. Murdzieńskiego ze stanu biblijoteki.

3) Kol. Cybulski zdaje sprawę z administracyi *Przeglądu Lekarskiego*.

Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

Posiedzenie Tow. lekarskiego krak. z dnia 22 stycznia 1890 roku.
Przewodniczący kol. Mars. Obecnych członków 37.

1. Przewodniczący zagaja posiedzenie dziękując za wybór.

2. Przedstawionych na czynnych członków Towarzystwa Drów Smorągiewicza Kazimierza, Skibniewskiego Bogumiła i Rosenblühta Efraima jednogłośnie przyjęto.

3. Prof. Browicz demonstruje tchawicę i płuca chorego, zmarłego na oddziale profesora Pareńskiego. W przypadku tym wskutek częściowego zaniku, a w innych miejscach nadmiernego

bujania chrząstek tchawicowych przyszło do zniekształtnienia tchawicy.

W dyskusyi kol. Pieniążek zapytuje, czy to zniekształtnienie nie daje się wytłomaczyć bujaniem chrząstki od wewnątrz, a zanikiem od zewnątrz. Prof. Browicz odpowiada, iż zmiany takiego rozsiedlenia rozgraniczonego nie okazywały.

4. Kol. Sroczyński przedstawia chorego i opisuje przebieg operacyi wyjęcia wągra podsiatkówkowego, dokonanéj w klinice prof. Rydla. W ogóle usunięcie z gałki ocznéj wągra jest operacyją nie dawną, a w tylnym odcinku dokonał jéj po raz pierwszy Arlt r. 1874. Jest to w Austryi trzeci taki przypadek. Operacyi dokonano w narkozie, cięcie zrobiono nożykiem Graef'go stosownie do położenia wągra w górno-wewnętrznym odcinku, ściągnąwszy gałkę oczną pętlą w spojówce założoną, a haczykiem wyjęto wągra. Wypływ ciałka szklanego był nieznaczny. Po dwóch dniach zdjęto opatrunek, rana się zgoiła, wypadłe ciałko szklane z pod spojówki się cofnęło. Obecnie oderwanie się siatkówki jest mniejsze, a chory ma poczucie światła.

W dyskusyi przemawiali prof. Rydel i Dr. Mączka. Preparat wągra zrobiony przez kol. Krokiewicza oglądano pod mikroskopem.

5. Kol. Kaufmann czytał o mięsieniu.

(Odczyt ogłoszony jest w *Przegl. Lek.*).

Sekretarz: *Dr. Podgórski.*

VI. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

II) Ciśnienie powietrza.

Średni stan barometru = 674·3 mm.

Tabl. I [1]).

Średnie ciśnienie powietrza w Zakopanem wynosi tedy 674/760 = 0·89 ciśnienia na wybrzeżach morza, zaś 0·9 ciśnienia w Krakowie. Różnica ta jest dosyć znaczna tak, iż wybitny wpływ fizyjologiczny na funkcyje ustroju wywierać musi. Fizycznie objawia się przedewszystkiem silniejszem parowaniem wody i słabszem przewodnictwem fal głosowych; stąd też mniejsze ciśnienie barometryczne wywołuje względną ciszę i spokój ustroni górskich.

[1]) Daty meteorologiczne przejrzał łaskawie pan Dr. D. Wierzbicki adj. obserw. astronom. w Krakowie, za co należne składam podziękowanie.

Tabl. I [1]). Średnie miesięczne i roczne ciśnienia powietrza, tudzież maxima i minima miesięczne dla Krakowa, Zakopanego i Poronina, tudzież średnia roczna dla Davos (z 3 ch lat przeciętne).

		Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień	średnia roczna
Kraków	średnie m.	744·26	738·14	736·8	737·7	739·0	744 7	741·8	742·1	742·6	744·7	741·8	737·4	740·9
	maxim.-minim.	756·62 730·03	750·94 720·64	752·0 725·5	744·8 729·5	745·2 730·9	750·4 736 4	748·0 733·5	750 0 735·1	751·5 731·3	758·4 730·5	755·2 722·6	755·2 720·1	—
Zakopane	średnie m.	670·59	671·05	brak	671·3	672·5	679·2	677·2	678·0	676·3	678·0	670·7	669·9	674·3
	maxim.-minim.	677·88 665 03	678·44 664 41		675·9 662·4	679·0 664·6	685·4 671·0	683·7 671·1	682 0 673·0	683·7 667·6	686·0 668·4	685·0 660·0	687·0 656·2	—
Poronin	średnie m.	697·03	691·73	690·2	691·6	693 2	700·0	697·5	698·1	697·1	698 4	695.7	690·7	695·1
	maxim.-minim.	705·94 685 48	701·72 678·83	700·7 679·0	695·8 685 1	697·5 686·6	704·3 693·5	703·2 691·1	704·5 692·2	703 0 687·8	709·0 686·7	707·7 676·1	703·5 675·6	—
Davos [2])	średnia roczna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	631·02
	maxim.-minim.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	635·5 625·5

[1]) Poronin wieś o 6 kilometrów od Zakopanego w kierunku półn. wsch. oddalona, na drodze z Nowego Targu do Zakopanego.
[2]) Davos, znane uzdrowisko w Alpach Szwajcarskich, w Kantonie Gryzońskim, na 1560 m. ponad poziom morza.

III) Ciepłota.

Tabl. II.

Z powyższéj tablicy wynika, iż sierpień jest najcieplejszym miesiącem roku w Zakopanem, ze średnią ciepłotą = + 16·52° C., cechuje się też najmniejszem miesięcznem wahaniem ciepłoty t. j. pomiędzy 21 stopniami; z kolei idzie czerwiec ze średnią ciepłotą = + 15·01° C. i granicami wahania między 26 stopniami, następnie lipiec z ciepłotą średnią = + 1·4·39° C. i wahaniem ciepłoty między 25·6 stopniami, daléj wrzesień ze średnią ciepłotą = + 11·31° C. i wahaniem = 25 stopni.

Najzimniejszym miesiącem roku jest grudzień ze średnią ciepłotą = — 6·95° C. i wahaniem = 35·5 stopnia; po nim następuje styczeń z ciepłotą = — 3 89° C. i wahaniem = 35·0 stopni. Największe wahanie ciepłoty przypada na miesiąc marzec = 38·5 stopni. W miesiącach od czerwca do września włącznie ciepłota nie spada niżéj 0° C.

W Krakowie równocześnie notujemy najwyższe średnie ciepłoty w miesiącach sierpniu (wahanie 26·5° C.), czerwcu (wahanie 28·7° C.), lipcu (wahanie 27·2° C.), wrześniu (wahanie 28° C.), najniższe w styczniu (wahanie 35·9° C.) i grudniu (wahanie 37·0° C.). Widzimy tedy, iż różnice najwyższych i najniższych ciepłot miesięcznych są w Zakopanem mniejsze, niż w Krakowie n. p. w sierpniu różnica mniejsza o 5·5° C., w czerwcu o 2·7° C., w lipcu o 1·6° C., we wrześniu o 3° C., w grudniu o 1·5° C, w styczniu o 0·9° C.

Ciepłota tedy Zakopanego, średnio niższa od krakowskiéj odznacza się większą jednostajnością, tak w lecie jak w zimie. Uderzającym jest fakt, że w Poroninie o 100 m. niżéj położonym jest średnia ciepłota roczna niższa niż w Zakopanem (lepsze osłonięcie Zakopanego od północy).

IV) Promieniowanie słonecze.

Ścisłe spostrzeżenia w téj mierze nie były dotąd, jeżeli się nie mylę, w Zakopanem przedsiębrane, zapewne z tego powodu, że metody oznaczania promieniowania są więcéj skomplikowane. Promieniowanie słoneczne w klimacie górskim wywiera nader potężny wpływ fizyjologiczny na życie organiczne, będąc przyczyną zwiększonego działania ciepła przez cały rok, a zwłaszcza w miesiącach zimowych, większego nasilenia światła i silniejszego działania chemicznego światła.

Promieniowanie słoneczne wzmaga się ze stopniem wyniesienia miejsca ponad poziom morza: i tak na szczycie Montblanca promieniowanie słoneczne utraca zaledwie 6% swego pierwotnego nasilenia, gdy w poziomie morza traci

Tabl. II Średnie ciepłoty miesięczne i średnia roczna, tudzież miesięczne maxima i minima ciepłoty dla Krakowa, Zakopanego, Poronina w stopniach Celsiusa (obrachowane z 3-ch lat).

		Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień	średnia roczna
Kraków	średnia m. . .	—3 63	– 0·09	+2·59	+8·46	+11·07	+17·65	+17·56	+18·25	+13·06	8·80	2·31	—2 83	+7·76
	max.-minim. .	+12 5—234	+10·8—17·0	22·4—15 6	+29·7—2 6	+30·5—1·4	+35·2+6 5	34 2+7·0	33·0+6 5	28·6 0 8	+26·0—2·1	+14·9—15·4	+9·8—27·2	
Zakopane	średnia m. . .	– 3·93	—1.96	—1·43	5·18	+9·47	15·01	+14·39	16·52	+11·31	+5.88	0 66	—6·95	5·34
	max.-minim. .	+9·0—26·0	+10·0—22 0	+14·0—24·5	+18·0—6 8	+24·0—6·5	30·5+4·5	+32 0 6·4	+27·5 6·5	25 0 0·0	+20 2—56	+13·5—16·0	+7·0—28·5	
Poronin	średnia m. . .	—3·89	—2 13	—1 87	+5·11	+10·02	15·21	+14·48	15·34	+11·19	5 58	0 12	—6·88	5·19
	max.-minim. .	9·9—24·4	9·5—19 8	13 6—23·5	18·0—6·0	+25·3—2·5	+26·1+6·3	+26·0+7·9	26·1 7·5	25·0 0·3	16 .—7·1	+12·8 15 9	7·8—28·4	
Davos		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+2·20

25%—30%, przy doświadczeniach czynionych w Szwajcaryi w punktach na 1800 m. ponad poziom morza wzniesionych, termometr w cieniu okazywał ciepłotę 26·5° C., w słońcu 44° C., w punktach na 2300 m. wyniesionych w cieniu 19·1° C. w słońcu 46·4, w punktach na 3000 m. wyniesionych w cieniu° C, w słońcu 59 5° C. Dnia 13 lipca 1889 r. termometr wskazywał na Krzyżnem (21·76 m.), w Tatrach w cieniu 14° C., w słońcu 42° C.

Promieniowanie silniejsze w miejscach wysoko położonych wpływa korzystnie na średnią ciepłotę, albowiem powierzchnia ziemi silniéj ogrzana, częścią przez przewodnictwo, częścią przez promieniowanie użycza powietrzu swego ciepła Wpływ ten jest j szcze wybitniejszy i cenniejszy w zimie. Stąd pochodzi, że w Zakopanem można w pogodnym dniu przechadzać się lub spędzać całe godziny na werandzie w lekkiem odzieniu przy względnie niskiéj ciepłocie, nie doznając uczucia zimna, stąd rychłe opalenie skóry przy dłuższych przechadzkach w górach, stąd, z powodu równocześnie silniejszego oświetlenia większa wybitność konturów górskiéj sceneryi.

Odwrotnie jednak silniejsze oddawanie ciepła odpromieniowaniem w przestrzeń przez powierzchnię ziemi wśród pogodnych nocy, sprawia, iż noce we wszystkich ustroniach alpejskich są względnie chłodne.

V) Względna wilgotność powietrza.

Względna wilgotność powietrza oznacza procentowy stosunek ilości pary wodnéj, zawartéj w powietrzu, do największéj ilości pary mogącéj się znachodzić w powietrzu przy danéj ciepłocie, uważając wilgotność powietrza parą wysyconego = 100. Od stopnia względnéj wilgotności powietrza zależy przeważnie, czy mamy klimat uznać za mniéj lub więcéj suchy. Im niższy stopień względnéj wilgotności, tem silniejsze parowanie wody na powierzchni ziemi.

Przeciętnie wilgotność względna zmniejsza się ze wzmagającem się wyniesieniem miejsca ponad poziom morza, lecz nie koniecznie, albowiem wpływają tu równocześnie i inne czynniki, jak średnia ciepłota, kierunek wiatru i t. d.

Spostrzeżenia dotyczące wilgotności względnéj powietrza w Zakopanem są dotąd bardzo niedokładne, czego główną przyczyną, a zwłaszcza też w miesiącach zimowych, stosunkowo trudny i wielkiéj przezorności wymagający sposób oznaczania za pomocą psychrometru. Rozporządzam cyframi dokładnie obliczonemi i pewnemi tylko od września 1880 r. do czerwca 1881, tudzież ze stycznia, lutego, marca, listopada i grudnia 1887 roku. Średnie miesięczne względnéj wilgotności od września 1880 r. do czerwca 1881 r. tak dla Krakowa, jak Zakopanego podaje następująca tablica; średnich z lipca i sierpnia braknie, lecz wnioskując z kilkudziesięciu luźnych spostrzeżeń, mało się różnią od średnich czerwca i września.

Tabl. III

Średnia roczna wynosiła tedy dla Zakopanego 82·6, dla Krakowa 82·7, zatem prawie były równe, lecz biorąc wzgląd na niższą średnią ciepłotę Zakopanego, która wynosi 70% średniéj rocznéj ciepłoty Krakowa, wilgotność względna Zakopanego przedstawia się idealnie mniéj lub więcéj o 30% mniejsza, klimat tedy Zakopanego suchszy niż Krakowa. Stąd też poruszanie wody w miejscach odsłoniętych, nieocienionych Zakopanego, n. p. około domów w pewnem oddaleniu od lasu, jest daleko obfitsze i szybsze *ceteris paribus*, niż w Krakowie, stąd drogi po deszczach schną rychléj, niż w nizinach, stąd przebywający w Zakopanem przeciętnie więcéj potu wydziela (wpływa tu oczywiście i mniejsze ciśnienie powietrza), chociaż tenże z powodu zwiększonego parowania trudniéj w formie płynnéj na skórze się jawi, co wywołuje błędne zapatrywanie nie lekarzy, „jakoby się w górach mniéj pocili". Skutkiem tego mniéj się jest w Zakopanem narażonym na „zaziębienie".

Że domostwa i wille w głębi lasu położone, lub nad brzegiem większego strumyka otoczone będą atmosferą o większéj względnéj wilgotności, jest zupełnie naturalnem; dlatego też przy wybieraniu mieszkań należy baczyć na miejsce i położenie; jednemu służyć będzie powietrze suchsze, dla innego pożądaną będzie atmosfera wilgotniejsza.

Tabl. III. Średnie miesięczne względnéj wilgotności powietrza dla Krakowa i Zakopanego, tudzież średnie roczne.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień	średnia roczna
Kraków	94·2	90·7	85·3	72·7	73·6	75·3	74·1(?)	74·7(?)	80·9	83·2	84 8	86·1	**82·7**
Zakopane	81·5	81·5	82·9	79·0	80·2	79·9	80·9(?)	83·0(?)	86·9	80·9	87·0	86·6	**82·6**
Davos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	**77·85**

Tabl. IV. Kierunek wiatru w odsetkach (z 1 roku, wykazującego dokładne obserwacyje) dla Zakopanego.

	N [1]).	NE.	E.	SE.	S.	SW.	W.	NW.	Cisza
Styczeń	—	—	14·0	—	—	3·2	57·0	3·2	22·6
Luty	—	—	2·9	—	—	6·0	57·5	6·0	28·5
Marzec	—	—	—	2·2	2·2	32·4	3·2	11·9	48·1
Kwiecień . . .	—	—	—	—	3·3	10·0	28·9	3·3	54·5
Maj	—	11·8	3·2	—	—	23·7	—	6·5	54·8
Czerwiec . . .	—	5·6	8·9	—	3·3	22·2	16·7	4·3	40·0
Lipiec	—	3·2	—	—	—	21·5	14·0	36·6	24·7
Sierpień	—	—	—	—	1·1	29·0	16·1	20·4	33·3
Wrzesień . . .	—	—	8·9	—	—	5·6	36·7	32·2	16·7
Październik. . .	5·4	6·5	17·2	3·2	—	3·2	28·0	11·8	24·7
Listopad . . .	7·8	3·5	—	—	9·3	2·8	34·5	12·5	29·6
Grudzień . . .	2·1	3·2	21·5	—	1·1	—	49·5	7·5	15·1

[1]) = północny; NE = północno-wschodni; E = wschodni; SE = południowo-wschodni; S = południowy; SW = południowo-zachodni; W = zachodni; NW = północno-zachodni.

VI) Kierunek wiatru.
Tabl. IV.

Z powyższéj tablicy wynika, iż wiatr zachodni zajmuje pierwsze miejsce, zwykle wieje od południa przez kilka godzin i wtedy zwiastuje pogodę; jeżeli wczas rano lub późnym wieczorem zawita, bywa zwiastunem sloty. Co do częstości, z kolei następuje wiatr południowo-zachodni, potem północno-zachodni, daléj wschodni, północno-wschodni, południowy, północny i południowo-wschodni. Przeciętnie 32·7% czasu panuje cisza.

Widoczne tedy, że kierunek wiatru tłumaczy się dostatecznie położeniem geograficznem, mianowicie osłonięciem miejscowości od północy, południa i częściowo od wschodu. W jesieni jawi się czasem wiatr **halny**, miejscowy, bardzo silny, zwykle z kierunkiem południowo-wschodnim, analogiczny alpejskiemu „fochu“. Ten jako wyjątkowy w rachubę tu nie wchodzi. (C. d. n.)

Uwagi nad endemiją ospy w Warszawie [1]).

Podał

Dr. Tymoteusz Stępniewski,
dyrektor Instytutu hodowli limf i szczepienia ospy w Warszawie.

Znaną jest rzeczą, że z wyjątkiem pograniczy azyjatyckich, u nas jednych najgorzéj, a u Was nienajlepiéj regulowanym jest system urządzeń higijeny publicznéj wogóle, a w szczególności środki ochronne, przeciw najdawniéj znanemu nieprzyjacielowi, ospie; to też pomimo sprzyjających warunków umiarkowanego podniebia umiera nas i kaleczeje od ospy więcéj, aniżeli w jakimkolwiek punkcie ziemi. Lekarz czuje anomalję i ocenia szkody z niéj płynące; czuło je również i spiące w grobach, zacne pokolenie naszych starszych braci w medycynie i pomimo przesądów naokół, propagowało z godnością, a wytrwale, ideę szczepienia ochronnego ospy: od ostatnich dni pierwszego inicyjatora tego szczepienia, Baudouina (1768 r.) do początków bieżącego wieku, limfą ludzką, następnie zwierzęcą (Jenner) humanizowaną, a od kilku dziesiątków lat, czystą zwierzęcą. Dzieje téj sprawy, to właściwie dzieje propagandy lekarskiéj racyjonalnego szczepienia ospy; propaganda ta, a za nią idąca akcyja ciągnie się: od Lafontaina i Dziarkowskiego (Warszawa), od Śniadeckich, Becu i Franka (Wilno), od Badurskiego, Boduszyńskiego, Vannotiego, Neuhausera i t. d. (Kraków-Lwów), do dni naszych. Pomimo tego jednak stało się u nas inaczéj jak gdziekolwiek: wykonawstwo szczepienia znalazło się w rękach nielekarza; wyrazem skutków tych jest gospodarka ospy, nawet w Warszawie, większa, aniżeli gdziekolwiek w granicach naszych dzielnic. Udział bowiem medyka nietylko nad górną Wisłą i nad Pełtwią w radzie opieki zaważył w pewnéj mierze na szalce ulepszeń higienicznych, lubo, co do ospy, obowiązkowego jej ochronnego szczepienia nie zdołał wytargować. Wobec różnic prawodawczych wspólną naszą korzyścią stało się, że Wy, nieco dawniej, a my od lat kilkunastu, przeszliśmy do obozu, uznającego pozytywną wartość szczepienia materyjałem zwierzęcym; rozleglej jednak system ten rozwinął się u Was niż u nas, a przytem, wykonawstwo inokulacyi u Was prawie zupełnie znalazło się w ręku lekarza, gdy u nas instynkt zachowawczy wykształceńszych rzesz zwrócił się ku lekarzowi dopiero w ostatnich czasach. W ostatnich także czasach i zupełnie blizkich współczesnej chwili powiała po kraju idea rewakcynacyi, dotąd prawie obca ogółowi, lubo wytrwale propagowana przez stróży

[1]) Daty, na których opiera się niniejsze sprawozdanie ogłoszone już zostały w Nrze 10-tym „Medycyny“ z r. b. Ponieważ jednak autor sprawozdanie to przerobił i rozszerzył, sądzimy, że ze względu na ważność przedmiotu wypadało nie odmówić mu gościnności w łamach „Przegl. Lek.“, o którą prosi. *Redakcyja.*

zdrowia publicznego. Na tem tle swobodnie rozwijać się mogła i rozwijała chorobliwość i śmiertelność na ospę, endemicznie zagnieżdżona w Warszawie a po prowincyi potęgująca natężenie do rozmiarów nie bywałych za miedzami. Obecnie, przeszliśmy natężenie ostatnie; wyróżnia się ono od poprzednich pewną szczególnością zjawisk. W przypuszczeniu, że sprawozdanie odnośne zainteresować może i sąsiadów, proszę o gościnność dla elukubracyi mej w „Przeglądzie Lekarskim". Miałem bowiem sposobność śledzić za stadjami rozwoju klęski, tysięcy szczepień dopełniwszy i wynik ich skontrolowawszy, zyskałem materyjał, który poddaję rozbiorowi, nadmieniając, że cykl szczepień ochronnych dopełniany był limfami badanemi mikro-bakterjologicznie, drogą metod, mających już swoją tradycyję na polu poszukiwań mikroba ospowego.

Warszawa w przeciągu ostatniego dwudziestopięciolecia (1864—1889) zdwoiła swą ludność; liczy obecnie blizko pół milijona głów (bez wojska), przejdzie niebawem pół milijona po administracyjnem a postanowionem już zlaniu się z Warszawą pogranicz przypragskich. Przerosła tym sposobem Warszawa wiele miast niedawno ludniejszych tak, że w systemie największych ognisk ludności Europy przesunęła się z trzydziestego przeszło na dwunaste miejsce. Ten wzrost miasta starego na starym lądzie jest zjawiskiem niezwykłem; ustępuje tylko wzrostowi Berlina i Pesztu, który ostatni (Peszt) z 230 tysięcy obywateli od 1873 r., czyli przez lat 16, dochodzi obecnie także do pół milijona. Rozwój ten przyszedł do skutku, przeważnie, za sprawą napływu do Warszawy żywiołów różnego autoramentu, które, pisząc się na współobywatelstwo z żywiołem miejscowym, razem z nim, złożył organizm: ważny wciąż moralnie dla kraju, a dla zagranicy, ważny w znaczeniu wygodnej stacyi i węzła komunikacyjnego pomiędzy zachodem Europy a jéj północo-wschodem i dalej. Jako tak znaczący punkt Warszawa winna być skontrolowaną peryjodycznie na zasadach liczenia statystycznego, wypróbowanego w praktyce. Wymaga tego interes własny Warszawy ekonomiczny, nawet interes stosunku jéj na zewnątrz; stosunek ten bowiem o tyle korzystniej dla miasta układa się, o ile bliżsi i dalsi wiedzą — czy i jak miasto samo ceni objawy własnego ruchu.

Do 1877 r. o takiej statystyce nie było i mowy. Dopiero od tego czasu Magistrat Warszawski ogłaszać począł buletyny tygodniowe o ruchu ludności, sporządzane na modłę wiedeńsko-peszteńską. Sprawa prowadzenia bióra statystycznego, złożona w zdolne ręce prof. Witolda Załęskiego, po próbach i wprowadzeniu poprawek, odpowiedziała wymogom potrzeby i chwili; mianowicie, statystyka śmiertelności z poszczególnych przyczyn (chorób) uznaną została za dobrą nawet przez zagranicę, tak, że cyfry téj statystyki, wprowadzono do wykazów międzynarodowéj statystyki ważniejszych ognisk ruchu cywilizacyjnego.

Postaraliśmy się o daty urzędowe z ognisk tych. Zestawiamy je z datami naszemi, celem rozpatrzenia się — w czem lepiej a w czem gorzej stoimy od sąsiadów, mianowicie zaś w walce o przedłużenie życia jednostek i mass. Postacie częstszych zaraz są znane a terminologija ich jest ustaloną: ospa, odra, szkarlatyna, tyfus, dyfteryja i t. d. — to zastęp, groźny dla życia ludzkiego w jego zaraniu. Akcyja chorób tych musiała wywołać i wywołała reakcyję. W Europie od Madrytu do Petersburga i dalej przepisy hygieny różnie stosowane z różnym też skutkiem walczą przeciwko wszystkim zarazom częstszym, oprócz ospy, przeciwko której walka idzie ze skutkiem już określonym.

Ospa bowiem, najrozleglej i najdotkliwiej dziesiątkująca ludność dawniej, ujętą jest teraz w karby umiarkowania tam, gdzie system ochrony higienicznej rozwiniętym jest konsekwentnie, a zdławianą zupełnie bywa tam, gdzie ten system wyczerpniętym został do dna. Wyczerpują środki ochronne przeciwko ospie z państw bliższych nam, lub zbliżonych klimatycznemi i wogóle fizycznemi warunkami: Szwecyja, Danija i Niemcy. To też w wielkich ogniskach ludności państw tych, kontrolowanych statystycznie, tak jak Warszawa, a mianowicie, w r. zaprzeszłym (1888): w Sztokholmie, w Chrystyjanii, w Kopenhadzie, w Królewcu, w Gdańsku, w Berlinie, w Lipsku, w Dreznie — nikt, wyraźnie **n i k t**, nie umarł na ospę. W miastach Austryi umarł jeden na ospę na liczbę zmarłych ze wszystkich chorób: w Peszcie na 1072, w Krakowie na 778, w Wiedniu na 323, we Lwowie na 103. Z miast rosyjskich: Petersburg, Moskwa i Odessa mają dobrą statystykę, z której widzimy, że w r. 1888 jeden umarł: w Odessie na 859, w Petersburgu na 474, gdy w naszej Warszawie jeden zmarł na ospę na 37 (!) zmarłych ze wszystkich chorób. Z zestawienia tych cyfr wypada, że w r. zaprzeszłym (1888), gdy nie było mowy nawet o wzmożonej ospie w Warszawie, to choroba ta jednak stanowiła tu 37-mą część ogólnej śmiertelności, t. j. część wielokrotnie większą od procentu zmarłych z niéj w miastach wielkich a najbliższych: cesarstwa i zagranicy, kontrolowanych przytem statystycznie. Posiadamy również cyfry z miast dalszych: europejskich i pozaeuropejskich; wszystkie one reprezentują stosunek śmiertelności z ospy — mniejszy niż w Warszawie. Cyfr tych nie pomieszczamy w obecnym opisie, jako obchodzić nas mogących mniéj, bo dających obraz zjawisk za odległych a nadto szeregowanie ich rozszerzyłoby ramki obecnej rozprawy nad program. Na żądanie służyć możemy otworzeniem teki z materyjałem do statystyki porównawczéj o ospie jaknajdalszéj od nas a przeszłéj przez kontrolę urzędową i naukową.

Lecz ta poważna cyfra z 1888 r., okazująca, że w roku tym 37-mą część zmarłych w Warszawie — zabrała ospa, nie jest cyfrą, niestety, maksymalną dla Warszawy. W przeciągu dwunastolecia (1877—1889) stanowiła ospa śmiertelności: w 1881 r. 19-stą część, w 1877 r. 17-stą, w 1878 r. 12-stą (!) a w r. 1882 9 tą (!!). (C. d. n.)

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

— **K o m i s y a s a n i t a r n a k r a k o w s k a** odbyła w dniu 26 Kwietnia pod przewodnictwem r. m. Dr. **O e t t i n g e r a** posiedzenie, na którem fizyk miejski Dr. **B u s z e k** podał do wiadomości cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w pierwszym kwartale r. b. Umarło w styczniu 327, w lutym 216, w marcu 239 osób, między tymi 81, 68 i 56 obcych. Wykładnik śmiertelności wynosił po kolei dla wymionych miesięcy z obcymi 50·9, 34·2, i 37·8, bez obcych 38·3, 23·4 i 28·9. Procent śmiertelności z chorób zakaźnych wynosił 13.3, 16.2 i 13·8. W pierwszym kwartale umarło z odry 26, z płonicy 9, z tyfusu brzusznego 18, z tyfusu osutkowego 3, z gorączki połogowéj 3, ze suchot płucnych 163, z zapalenia płuc 179 (w styczniu 99, w lutym 27, marcu 53) osób. **N a o s p ę n i k t n i e u m a r ł.** Co do duru osutkowego, uchwalono zgodnie z opinią fizyka miejskiego oświadczyć władzom wyższym, iż nie ma epidemii téj choroby w Krakowie i że nie największa część przypadków w szpitalu św. Łazarza postrzeganych pochodzi ze wsi okolicznych. R. m. Dr. **J o r d a n** poruszył sprawę niedostateczności miejsca w łazienkach damskich i niewłaściwego ich umieszczenia na Wiśle. Uwagi te uznano za słuszne i postanowiono odpowiedni wniosek przedstawić Radzie miejskiej. R. m. Dr. **D o m a ń s k i** odczytał opracowane przez siebie na polecenie komisyi popularne skazówki ochrony od suchot płucnych oparte na obecnem stanowisku nauki. Przyjęto z nieznacznemi zmianami uzupełniającemi i postanowiono podać do wiadomości ogółu za pomocą dzienników a mianowicie Dziennika rozporządzeń miejskich. (Umieścimy w Nrze następnym. Red.) Instrukcyą o desinfekcyi mieszkań, w których znajdowali się chorzy dotknięci chorobami zakaźnemi, przyjęto z małemi zmianami i postanowiono wraz z przepisami o desinfekcyi rzeczy przedłożyć Radzie miejskiej do zatwierdzenia. R. m. Dr. **P a r e ń s k i** przedstawił potrzebę desinfekcyi starej odzieży sprzedawanej przez tandeciarzy a pochodzącej bardzo często z osób dotkniętych chorobami zakaźnemi. Wielką ważność téj sprawy uznano i wezwano Magistrat, by dostarczył r. m. Drowi Pareńskiemu dat potrzebnych do opracowania stosownego wniosku dla Komisyi sanitarnéj. Nakoniec kilku członków Komissyi poruszyło rozmaite usterki sanitarne przez siebie w mieście dostrzeżone.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 Maja. Sprawa urządzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie rok rocznie od lat kilku bywa przedmiotem naprzód rozpraw w Kole polskiem we Wiedniu, następnie w komisyi budżetowéj a wreszcie w Izbie poselskiej samej przy sposobności dyskusyi nad budżetem, a względnie budżetem szkół głównych. I tym razem Koło uchwaliło wysłać deputacyę do p. Ministra Oświecenia, która miała pomiędzy innemi przypomnieć sprawę Wydziału lekarskiego, a wreszcie poseł Czerkawski w Izbie pełnej mówił o potrzebie tego Wydziału. Odpowiedź p. Ministra brzmiała zupełnie tak samo, jak w latach poprzednich. Wydział lekarski stanie we Lwowie, lecz czasu oznaczyć niemoże, a przedewszystkiem najnaglejsze potrzeby Wydz. lek. w Krakowie muszą być zaspokojone. Ponieważ atoli i zaspokojenie tych najnaglejszych potrzeb Wydziału lek. w Krakowie dają czekać na siebie, gdy dotąd w budżecie nie został umieszczony fundusz na potrzebę najbliższą, to jest na budowę nowego zakładu patologicznego, więc tak rychło utworzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie spodziewać się nie można. Z zadowoleniem zapisać wszakże musimy, że o ile dowiadujemy się z zapewnienia jednego z naszych posłów w Kole danego, gmina lwowska gotową jest przeznaczyć gmach bezpłatny pod budowę przyszłych zakładów lekarskich, co w obec ciągłego antagonizmu władz autonomicznych z rządowemi w kraju naszym jest wiadomością pocieszającą i służyć mogącą do przyspieszenia sprawy, o któréj już tyle rozprawiano.

* **Wiedeń**. Prof. Brühlowi, profesorowi zootomii, wykładającemu od lat wielu zoologię w sposób przystępny dla naszej publiczności wykształconej, przed samém przeniesieniem w stan spoczynku z powodu wieku, wytoczono śledztwo o zniewagę religii śród jednego z ostatnich wykładów. Sprawa ta stała się głośną, a liczne grono słuchaczy i słuchaczek jego podpisali oświadczenie, że w obec sądu pod przysięgą gotowi stwierdzić, iż profesor uczucia słuchaczów w niczem nie obraził. Podobno jeden z posłów zamierza interpelować Ministra Oświecenia w tej sprawie. Ze swej strony wspominamy o niej z powodu, że prof. Brühl przed 32 laty rozpoczął zawód swój nauczycielski jako profesor zoologii w Uniw. Jagiellońskim za czasów bachowskich a po roku przeniesiony został ztąd do Budapesztu; jednak śród krótkiego pobytu swego w Krakowie wywołał zajście z jednym z ówczesnych studentów, który wystąpił przeciw niemu również z powodu jakiegoś znieważenia uczuć religijnych podczas wykładu zoologicznego. Nie pamiętamy już, o co się wtedy rozchodziło i po czyjej stronie była słuszność; dziwna atoli rzecz, że na wstępie i na schyłku zawodu nauczycielskiego spotykają prof. Brühla podobne zarzuty.

Znany ginekolog prof. Bandl, lat 48 liczący, przed kilku laty zamianowany profesorem zwyczajnym w Uniw. niemieckim w Pradze czeskiej, przed samym wykładem wstępnym zapadł był na cierpienie umysłowe i wskutek tego porzucił Pragę i powrócił do Wiednia, gdzie poprzednio był bezpłatnym profesorem nadzw. Ministerstwo nie dopuściło go do wykonywania praw docenta, Bandl cieszył się jednak rozległą praktyką. Stan jego musiał atoli znacznie z biegiem czasu pogorszyć się, skoro czytamy, że zasłużony i zdolny operator oddany został sądownie pod kuratelę.

Staraniem Proff. Kahlera i Nothnagla sporządzono portret prof. Bambergera i zawieszono w dawnej jego sali wykładowej naprzeciw portretu Oppolzera.

* Przy awansie majowym Dr. Wilhelm Tonner, sympatycznie znany z pobytu dłuższego w Krakowie, brat posła czeskiego a wielkiego przyjaciela naszego, mianowany został starszym lekarzem sztabowym Iszej klasy.

* Zakład wodoleczniczy w Szczawnicy na Miedziusiu, wskutek znacznego napływu leczących się w roku ubiegłym, został obecnie w trójnasób rozszerzony i według wszelkich wymogów nauki uzupełniony. Kierownictwo lekarskie zakładu objął w roku bieżącym specyjalista hydroterapeuta Dr. Walery Momidłowski.

* **Mianowania**. Docent Dr. Józef Drozda we Wiedniu otrzymał posadę prymaryjusza w szpitalu Franciszka Józefa, Dr. Władysław Farkas mianowany prymaryjuszem w szpitalu ś-go Rocha w Budapeszcie w miejscu zmarłego prof. Antala, a lekarz powiatowy Dr. Robert Haumeder dyrektorem szpitala i fizykiem miejskim w Insbruku.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Stanisław Albert Karpiński z Wielopola Skrzyńskiego w Galicyi i Teofil Tomasz Torczyński z Chutcza w król. Polskiem.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 6-go b. m w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Browicz mówić będzie o ruchomości ciałek czerwonych krwi w stanach patologicznych; 2) kol. Surzycki przedstawi przypadek cierpienia ogniskowego mózgu i poczyni uwagi dotyczące trudności rozpoznawczéj; 3) odbędzie się dyskusyja nad przypadkiem przedstawionym przez kol. Obalińskiego na przedostatniem posiedzeniu; 4) kol. Buzdygan poda spostrzeżenia kliniczne nad przypadkiem krwotoku wewnętrznego; 5) kol. Pieniążek mówić będzie o ropotoku Stoerka.

Posiedzenie Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie odbędzie się dnia 6 maja b. r. o godzinie 6 téj wieczorem w pracowni Doc. Dr. A. Marsa (ul. Grodzka). Porządek dzienny: 1) odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia; 2) kolega Cercha odczyta: O mięsieniu w ogólności i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych; 3) kol. Mars przedstawi preparat anatomiczny ciąży pozamacicznéj; 4) kol. Cercha okaże preparat anatomiczny mięsako-włókniaka macicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.